

Εφαρμογή και Αξιολόγηση Δοκιμαστικού Προγράμματος «Ασφαλές Σπίτι»

Ντιναπόγias Αθανάσιος, Ψυχολόγος¹

Καραμπέτσου Μαίρη, Εργοθεραπεύτρια, Υπεύθυνη Κέντρου Εργοθεραπείας – Ψυχολογικής Υποστήριξης και Δομών Κοινωνικής Πρόνοιας Δήμου Ηρακλείου Αττικής

Κοντομήτρου Μαρία, Εργοθεραπεύτρια, Παιδικό Αναπτυξιακό Κέντρο Πειραιά

Μάντη Ειρήνη, Ψυχολόγος¹

Πράσσου Νάνου, Ψυχολόγος¹

Τερζίδης Άγης, Παιδίατρος¹

Πετρίδου Ελένη, Καθηγήτρια Προληπτικής Ιατρικής και Επιδημιολογίας¹

¹ Κέντρο Έρευνας και Πρόληψης Ατυχημάτων (ΚΕΠΑ), Εργαστήριο Υγιεινής, Επιδημιολογίας και Ιατρικής Στατιστικής, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι ακούσιοι τραυματισμοί και ιδιαίτερα αυτοί που λαμβάνουν χώρα στο οικιακό περιβάλλον ευθύνονται για ένα μεγάλο μέρος τραυματισμών και θανάτων σε άτομα της τρίτης ηλικίας. Μελέτες έχουν δείξει πως απλές και εύκολες εφαρμοσμένες τροποποιήσεις και βελτιώσεις του οικιακού περιβάλλοντος μπορούν να οδηγήσουν στη μείωση της συχνότητας και της βαρύτητας των ακούσιων τραυματισμών στην ηλικιακή ομάδα 65+, εφόσον τα άτομα ενημερωθούν για τις πρακτικές αυτές, ώστε να τις εφαρμόζουν. Οι επαγγελματίες υγείας που έρχονται σε επαφή με τα άτομα αυτής της ηλικιακής ομάδας, μπορούν να λειτουργήσουν ως ο κύριος διάμεσος για την μετάδοση αποτελεσματικών πρακτικών πρόληψης.

Σκοπός της παρούσας δοκιμαστικής μελέτης, που πραγματοποιήθηκε στο πλαίσιο του προγράμματος «Ασφαλές Σπίτι», ήταν να αξιολογηθεί η αποτελεσματικότητα μιας βραχείας εκπαιδευτικής παρέμβασης σε επαγγελματίες υγείας με στόχο την ενημέρωσή τους όσον αφορά απλές και εύκολες εφαρμοσμένες πρακτικές για την δημιουργία ασφαλούς οικιακού περιβάλλοντος για ηλικιωμένα άτομα βάσει του υλικού που δημιουργήθηκε στο πλαίσιο του προγράμματος, αλλά και η αξιολόγηση της χρησιμότητας του σχετικού υλικού. Στη μελέτη συμμετείχαν συνολικά 25 επαγγελματίες υγείας από 13 κέντρα ανοιχτής προστασίας ηλικιωμένων. Η εκπαίδευση υλοποιήθηκε σε μικρές ομάδες (12 και 13 ατόμων αντίστοιχα) τον Ιανουάριο του 2008. Αρχικά προβλήθηκε μια παρουσίαση για το μέγεθος του προβλήματος των ακούσιων τραυματισμών στα άτομα της τρίτης ηλικίας και στη συνέχεια παρουσιάστηκαν πρακτικές βελτίωσης του οικιακού περιβάλλοντος με τη χρήση του εκπαιδευτικού πακέτου που δημιουργήθηκε στο πλαίσιο του προγράμματος «Ασφαλές Σπίτι». Για την αξιολόγηση πραγματοποιήθηκαν δύο μετρήσεις (πριν και μετά την παρέμβαση) βάσει ερωτηματολογίου που σχεδιάστηκε για τις ανάγκες της δοκιμαστικής μελέτης.

Από τα αποτελέσματα φάνηκε καταρχάς ότι οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας δεν έχουν λάβει εκπαίδευση σχετική με την πρόληψη ατυχημάτων στο πλαίσιο των σπουδών τους. Παρόλα αυτά έκριναν πως η συμμετοχή τους σε παρόμοιες εκπαιδευτικές προσπάθειες είναι ιδιαίτερα χρήσιμη για την εργασία τους. Παρότι οι επαγγελματίες υγείας που συμμετείχαν εθελοντικά στην εκπαίδευση ήταν αρκετά ευαισθητοποιημένοι όσον αφορά στο πρόβλημα των ακούσιων τραυματισμών στην τρίτη ηλικία, δεν ήταν επαρκώς ενήμεροι ούτε για το μέγεθος του προβλήματος και τα χαρακτηριστικά των ατυχημάτων (όπως είναι οι παράγοντες κινδύνου και οι μηχανισμοί που οδηγούν στο ατύχημα), ούτε όμως και για τις αποτελεσματικές πρακτικές πρόληψης. Το υλικό που τους παρουσιάστηκε και τους διατέθηκε αξιολογήθηκε ως εξαιρετικά χρήσιμο τόσο για τους συναδέλφους τους, όσο και για τους ίδιους τους ηλικιωμένους, ενώ δήλωσαν ικανοποιημένοι από τη συμμετοχή τους στην βραχεία εκπαίδευση. Τέλος θεώρησαν πολύ σημαντική την ιδέα της προσέγγισης της ομάδας των ηλικιωμένων για την μετάδοση χρήσιμων πληροφοριών μέσω των επαγγελματιών υγείας. Συμπερασματικά, από την δοκιμαστική αξιολόγηση του προγράμματος «Ασφαλές Σπίτι» φάνηκε ότι οι επαγγελματίες υγείας είναι θετικοί στο να εμπλουτίζουν τη γνώση τους, συμμετέχοντας σε βραχείες εκπαιδύσεις. Η δημιουργία ευκαιριών σύντομων εκπαιδύσεων και χρήσιμων εργαλείων στο θέμα της πρόληψης ακούσιων τραυματισμών μπορεί να είναι αποτελεσματική, ιδιαίτερα για μια ευαίσθητη πληθυσμιακή ομάδα, όπως η τρίτη ηλικία.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ: πρόληψη ατυχημάτων, ηλικιωμένοι, εκπαίδευση επαγγελματιών υγείας

Το πρόγραμμα «Ψηφιακή απεικόνιση ασφαλούς οικιακού περιβάλλοντος για ηλικιωμένους πολίτες», εν συντομία «Ασφαλές Σπίτι», σχεδιάστηκε, αναπτύχθηκε και δοκιμάστηκε στο πλαίσιο του Ευρωπαϊκού Προγράμματος European Network for Safety Among Elderly-EUNESE, το οποίο υλοποιήθηκε με τη συγχρηματοδότηση της Γενικής Διεύθυνσης Δημόσιας Υγείας της Ευρωπαϊκής Ένωσης (DG-SANGO)¹. Γενικότερος στόχος ήταν ο σχεδιασμός και η εφαρμογή συγκεκριμένων λειτουργικών προγραμμάτων που απευθύνονται σε δύο πληθυσμούς στόχους: στα ίδια τα άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω και στους επαγγελματίες υγείας που έρχονται σε επαφή με ηλικιωμένα άτομα στο πλαίσιο της καθημερινής τους εργασίας.

Εισαγωγή

Κάθε χρόνο στην Ευρωπαϊκή Ένωση των 27 κρατών μελών (ΕΕ-27) καταγράφονται περίπου 105,000 θανατηφόροι τραυματισμοί που προκαλούνται από ατυχήματα. Από αυτούς, οι 85,000 κατηγοριοποιούνται ως ακούσιοι και οι 20,000 ως εκούσιοι¹. Για την πληθυσμιακή ομάδα >65 χρονών, κάθε χρόνο περίπου 1 στους 10 (10%) θα δεχτούν τη φροντίδα ενός ιατρού λόγω τραυματισμού. Παρά το γεγονός ότι οι ηλικιωμένοι αποτελούν το 20% του συνολικού πληθυσμού της ΕΕ, τα άτομα αυτής της ηλικιακής ομάδας εμπλέκονται στο 40% του συνόλου των θανατηφόρων τραυματισμών. Οι θάνατοι, ωστόσο, λόγω τραυματισμών αποτελούν μόνο την κορυφή του παγόβουνου. Στην ΕΕ-27, κάθε μέρα 15,000 ηλικιωμένοι υπόκεινται έναν τραυματισμό τόσο σοβαρό ώστε να χρειαστούν ιατρική φροντίδα. Από αυτούς, 5,500 χρειάζεται να νοσηλευτούν σε κάποιο νοσοκομείο και από αυτούς οι 275 καταλήγουν, ενώ πολλές εκατοντάδες δεν επιστρέφουν ποτέ στα σπίτια τους καθώς χρειάζεται να παραμείνουν μόνιμα σε μια δομή υγείας ή οίκο φροντίδας ηλικιωμένων.² Από την άλλη πλευρά, η σταθερή αύξηση του ποσοστού των ηλικιωμένων αναμένεται ότι θα έχει άμεση επίδραση στον αριθμό των τραυματισμών αυτής της ηλικιακής ομάδας. Εκτός του ότι τα ατυχήματα μειώνουν τη διάρκεια αλληλά και την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων, επιπλέον η αντιμετώπισή τους απαιτεί ένα μεγάλο μέρος των δαπανών του συστήματος υγείας: έχει υπολογιστεί ότι σε κάθε θάνατο λόγω ατυχήματος αντιστοιχούν περίπου 20 εισαγωγές σε νοσοκομειακές δομές και περίπου 550 επισκέψεις σε εξωτερικά ιατρεία.³

Οι πτώσεις είναι η κύρια αιτία τραυματισμού για τα άτομα ηλικίας 65+. Κάθε χρόνο στην ΕΕ-27 καταγράφονται περίπου 40,000 θάνατοι ηλικιωμένων ατόμων που οφείλονται σε πτώσεις.^{5,6} Τα άτομα ηλικίας άνω των 80 ετών, εκτός του ότι είναι πιο πιθανό να έχουν μια πτώση, είναι επίσης περισσότερο εύθραυστοι και για τους λόγους αυτούς, ο δείκτης θνησιμότητας λόγω πτώσεων για τα άτομα αυτά είναι έξι φορές υψηλότερος σε σύγκριση με την ηλικιακή ομάδα 65-79. Τα κατάγματα και ιδιαίτερα τα κατάγματα

ισχίων είναι ο βασικός λόγος δαπανών περίθαλψης για την συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα.^{7,9} Παρόλο που στις μέρες μας όλο και περισσότεροι άνθρωποι χαίρονται τη ζωή τους μέχρι τα 80 ή και τα 90 τους έτη, τα άτομα αυτά, είναι πιο ευπαθή από τον υπόλοιπο πληθυσμό όσον αφορά τραυματισμούς λόγω πτώσεων ιδιαίτερα μέσα και γύρω από το σπίτι. Οι συνέπειες ενός τραυματισμού που προκαλείται από πτώση μπορεί να επηρεάσουν σημαντικά την ποιότητα της ζωής ενός ηλικιωμένου ατόμου.^{10,11}

Οι πτώσεις προκαλούνται από το συνδυασμό πολλαπλών αιτιών, στις οποίες συμπεριλαμβάνονται το οικιακό περιβάλλον, η παρουσία οστεοπόρωσης, οι κλιματολογικές συνθήκες και οι διατροφικές συνθήκες, καθώς και τα κινητικά πρότυπα.³ Πρέπει στο σημείο αυτό να σημειωθεί ότι τα μισά σχεδόν από τα περιστατικά πτώσεων ηλικιωμένων ατόμων συμβαίνουν στο οικιακό περιβάλλον.¹² Στο Παράρτημα 1 παρουσιάζεται το μέγεθος του προβλήματος των ακούσιων τραυματισμών και κυρίως των πτώσεων στην ηλικιακή ομάδα 65+ στην Ελλάδα.

Η κατάσταση αυτή μπορεί να βελτιωθεί θεαματικά εφόσον ληφθούν μέτρα ώστε όλοι οι ηλικιωμένοι να ζουν σε ασφαλές οικιακό περιβάλλον, προσαρμοσμένο στις ιδιαίτερες ανάγκες και απαιτήσεις τους. Ο αυξανόμενος αριθμός των ηλικιωμένων σε συνδυασμό με τις αλλαγές στον τρόπο που αυτοί οι άνθρωποι επιθυμούν να διάγουν αυτό το στάδιο της ζωής τους και τις προσδοκίες τους για μια καλύτερη ποιότητα ζωής δημιουργούν εκ των πραγμάτων την ανάγκη για νέες και αποτελεσματικότερες επιλογές πρόληψης στο χώρο του σπιτιού. Αποτελεσματικές τροποποιήσεις στο οικιακό περιβάλλον μπορούν να αποτρέψουν μακροπρόθεσμες δαπάνες περίθαλψης αποτρέποντας περιστατικά ατυχημάτων των ηλικιωμένων. Οι τροποποιήσεις αυτές αποτελούν κυρίως κάποιες προσαρμογές στα χαρακτηριστικά της υπάρχουσας κατοικίας, όπως είναι για παράδειγμα η προσθήκη λαβών στήριξης, ή κάποιες κεκλιμένες ράμπες πρόσβασης αντί σκαλοπατιών, τα οποία αυξάνουν την ασφάλεια, προωθούν την ανεξάρτητη λειτουργία του ατόμου, και καθιστούν τη φροντίδα του ηλικιωμένου ευκολότερη.¹³

Οι τροποποιήσεις μπορεί να είναι απλές (απομάκρυνση μικρών χαλιών για την πρόληψη ολισθήσεων και ως εκ τούτου πτώσεων) ή πιο περίπλοκες (εγκατάσταση ανελκυστήρα για την διευκόλυνση της πρόσβασης). Ο κατάλληλος τύπος της τροποποίησης εξαρτάται κάθε φορά από τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του ατόμου που ζει σε ένα συγκεκριμένο περιβάλλον καθώς και από τις υπάρχουσες προδιαγραφές του ίδιου του οικιακού περιβάλλοντος. Μια επένδυση, ωστόσο, σε τροποποιήσεις του οικιακού περιβάλλοντος μπορεί να αυξήσει το χρόνο ανεξαρτησίας του ατόμου ή, διαφορετικά, να ελαχιστοποιήσει σημαντικά την ανάγκη εισαγωγής

¹ Συντονιστής του προγράμματος EUNESE ήταν το Κέντρο Έρευνας και Πρόληψης Ατυχημάτων (ΚΕΠΑ) της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών. Στο πρόγραμμα συμμετείχαν 31 συνεργάτες από 23 Κράτη Μέλη της ΕΕ, ένας εκ των οποίων και η Κεντρική Υπηρεσία Εργοθεραπείας Δήμου Ηρακλείου Αττικής. Στόχος ήταν η δημιουργία ενός Ευρωπαϊκού δικτύου για την προαγωγή της πρόληψης των ατυχημάτων και της ασφάλειας των ατόμων τρίτης ηλικίας στην ΕΕ. Το πρόγραμμα ολοκληρώθηκε τον Δεκέμβριο του 2007. Σήμερα το EUNESE είναι ένα αυτόνομο δίκτυο που απαρτίζεται από 165 μέλη (επαγγελματίες υγείας, ερευνητές, υπεύθυνους διαμόρφωσης πολιτικών, κυβερνητικούς και Μη Κυβερνητικούς Οργανισμούς) από 30 Ευρωπαϊκές και 2 μη-Ευρωπαϊκές χώρες. Περισσότερες πληροφορίες για το δίκτυο EUNESE καθώς και πληθώρα υλικών και πληροφοριών είναι διαθέσιμα στην ιστοσελίδα του δικτύου www.euroipn.org/eunese

ενός ηλικιωμένου σε μια δομή φροντίδας (όπως, για παράδειγμα, σε έναν οίκο ευγηρίας).

Οι τροποποιήσεις που προτείνονται συνήθως περιλαμβάνουν την προσαρμογή ενός σπιτιού έτσι ώστε ένα ηλικιωμένο άτομο να μπορεί να εκτελέσει τις καθημερινές του δραστηριότητες με ευκολία, αηλιά και χωρίς κίνδυνο, διατηρώντας το μέγιστο βαθμό ανεξαρτησίας. Οι βασικές προβληματικές περιοχές ενός σπιτιού είναι: σκαλοπάτια και σκάλες, λουτρό, κουζίνας, υπόγεια, εξωτερικοί χώροι όπως οι έξοδοι κατοικιών και τα γκαράζ. 14-16 Οι παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με δυσκολίες κατά την πραγματοποίηση καθημερινών δραστηριοτήτων είναι η κακή όραση και προβλήματα με την αντίληψη του βάθους, προβλήματα ακοής, μειωμένη αίσθηση οσμής ή και αφής, μειωμένη ευαισθησία σε ζέστη, πόνο, πίεση, ακράτεια, ακραίο ύψος (μεγάλο ή μικρό), παχυσαρκία, σωματική αδυναμία, μειωμένη κινητικότητα, κακή ισορροπία, χρήση μπαρστουνιού ή αναπηρικού αμαξιδίου, μειωμένη ικανότητα σταθερού πιασίματος, έλλειψη συντονισμού, περιορισμένη εμβέλεια στο χώρο, εξασθένηση των γνωστικών λειτουργιών, χρόνιες ασθένειες, πολυφαρμακία και ιστορικό πτώσεων. 17-19 Το σπίτι είναι ο φυσικός χώρος όπου συμβαίνουν τα περισσότερα ατυχήματα, σε σύγκριση με κάθε άλλο χώρο. Η πρόληψη πτώσεων είναι ένα κρίσιμο θέμα για τους ηλικιωμένους. Ένα σπασμένο ισχίο μπορεί να σημάψει την άμεση απώλεια ανεξάρτητης ζωής.

Ο κύριος στόχος αυτού του προγράμματος ήταν να παρέχει στους ηλικιωμένους, στις οικογένειές τους, στα άτομα που αναλαμβάνουν τη φροντίδα τους καθώς επίσης και στους επαγγελματίες υγείας που έρχονται σε επαφή με αυτή την ηλικιακή ομάδα απλές σχεδιαστικές λύσεις και οδηγίες για να κάνουν το περιβάλλον που ζουν και κινούνται οι ηλικιωμένοι πιο ασφαλές. Ανώτερος στόχος ήταν το υλικό που δημιουργήθηκε να χρησιμεύσει επίσης στους φοιτητές που μελλοντικά θα εργαστούν με την τρίτη ηλικία. Για την επίτευξη του κύριου στόχου, αναζητήθηκαν και λήφθηκαν υπόψη ποικίλες όψεις του σχεδιασμού και της λειτουργίας του οικιακού περιβάλλοντος για ηλικιωμένα άτομα, ιδιαίτερα όσον αφορά χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος που μπορούν να συμβάλουν στην πρόκληση ατυχήματος. Εντοπίστηκαν και περιγράφηκαν οι παράγοντες κινδύνου και προτάθηκαν οι αντίστοιχες λύσεις για τη δημιουργία ασφαλέστερων οικιακών χώρων μαζί με σχετικά παραδείγματα για την καλύτερη κατανόησή τους. Όλες οι σχετικές πληροφορίες περιέχονται σε ένα πλήρες πακέτο υλικού που απευθύνεται τόσο στους ίδιους τους ηλικιωμένους, όσο και στους ανθρώπους που φροντίζουν για την ασφάλεια των ηλικιωμένων (οικογένεια, επαγγελματίες υγείας).

Το υλικό αυτό αποτελείται από μια παρουσίαση καλών πρακτικών πρόληψης ατυχημάτων μέσα στο σπίτι στην οποία συμπεριλαμβάνεται η τρισδιάστατη απεικόνιση ασφαλούς οικιακού περιβάλλοντος για ηλικιωμένους, το εγχειρίδιο "Οδηγός από το Α ως το Ω για τη διαμόρφωση ασφαλούς σπιτιού" που απευθύνεται σε επαγγελματίες υγείας και ένα ενημερωτικό φυλλάδιο (με προληπτικά μέτρα και συμβουλές), το οποίο απευθύνεται στους ίδιους τους ηλικιωμένους. Η αξιολόγηση της ποιότητας και της χρησιμότητας

του υλικού αυτού πραγματοποιήθηκε από επαγγελματίες υγείας. Η διαδικασία που ακολουθήθηκε ήταν βραχείες εκπαιδευσεις με μικρές ομάδες επαγγελματιών υγείας που εργάζονται σε δομές όπου απευθύνονται ηλικιωμένα άτομα.

Η συμμετοχή των επαγγελματιών υγείας προέκυψε μέσα από την ακόλουθη διαδικασία: το Κέντρο Έρευνας και Πρόληψης Ατυχημάτων (ΚΕΠΑ), ως συντονιστικός φορέας του προγράμματος, απέστειλε επιστολές σε 15 κέντρα φροντίδας ηλικιωμένων ατόμων της ευρύτερης περιοχής των Αθηνών, στις οποίες περιλαμβάνονταν μια σύντομη περιγραφή του προγράμματος, στοιχεία για την ταυτότητα και τους στόχους του προγράμματος, καθώς και μια πρόσκληση συμμετοχής ενός ή δύο επαγγελματιών από κάθε φορέα στη δοκιμαστική μελέτη. Δεκατρείς φορείς ανταποκρίθηκαν θετικά στην πρόσκληση να συμμετέχουν στην παρέμβαση που ορίστηκε σε δύο ξεχωριστές ημερομηνίες, ενώ δύο από τους φορείς δεν συμμετείχαν λόγω αυξημένου φόρτου εργασίας κατά το χρονικό διάστημα της εφαρμογής της παρέμβασης.

Μέθοδος

Το δείγμα της δοκιμαστικής μελέτης αποτέλεσαν 25 επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι εργάζονταν σε 13 κέντρα ανοικτής προστασίας ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η. ή Λέσχες Φιλίας) στην ευρύτερη περιοχή των Αθηνών. Πιο συγκεκριμένα, οι ειδικότητες των συμμετεχόντων ήταν: 15 κοινωνικοί λειτουργοί, πέντε επισκέπτες/τριες υγείας, τρεις εργοθεραπευτές/τριες και δύο ψυχολόγοι. Ο μέσος όρος ηλικίας των συμμετεχόντων ήταν 36,6 έτη και ο μέσος όρος χρόνου εργασίας με ηλικιωμένους 5,4 έτη.

Το υλικό που χρησιμοποιήθηκε στο πλαίσιο της παρέμβασης ήταν η τρισδιάστατη απεικόνιση του εσωτερικού περιβάλλοντος του «Ασφαλούς Σπιτιού», η οποία συνοδευόταν από μια παρουσίαση σχετικών πληροφοριών για το μέγεθος του προβλήματος των ατυχημάτων, τους κύριους παράγοντες κινδύνου και τις προτεινόμενες καλές πρακτικές πρόληψης. Επίσης, ο "Οδηγός από το Α ως το Ω για τη διαμόρφωση ασφαλούς σπιτιού" και το ενημερωτικό φυλλάδιο με χρήσιμες συμβουλές πρόληψης τραυματισμών. Για την παρουσίαση της τρισδιάστατης απεικόνισης και της παρουσίασης χρησιμοποιήθηκε βιντεοπροβολέας ενώ τα φυλλάδια ήταν σε έντυπη μορφή. Ένας ψηφιακός δίσκος με όλα τα σχετικά υλικά σε ηλεκτρονική μορφή διανεμήθηκε σε όλους τους συμμετέχοντες.

Η παρέμβαση πραγματοποιήθηκε σε δύο ημέρες (δύο ομάδες συμμετεχόντων) στο Εργαστήριο Υγιεινής, Επιδημιολογίας και Ιατρικής Στατιστικής της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών. Η συνολική διάρκεια για κάθε ομάδα ήταν τέσσερις ώρες. Αρχικά ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες να συμπληρώσουν το σχετικό ερωτηματολόγιο (αρχική μέτρηση). Στη συνέχεια, πραγματοποιήθηκε η παρουσίαση του προγράμματος και του συνοδευτικού υλικού από μία επισκέπτρια υγείας, συνεργάτη του ΚΕΠΑ, και ακολούθησαν συζητήσεις σε μικρότερες ομάδες εργασίας (των τεσσάρων ατόμων) ως προς τη δυνατότητα χρήσης κάθε μέρους του υλικού με στόχο την προαγωγή υιοθέτησης καλών πρακτικών πρόληψης τραυματισμών. Μετά την ολοκλήρωση της διαδικα-

σίας, ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες να συμπληρώσουν το δεύτερο σχετικό ερωτηματολόγιο.

Ο σχεδιασμός που χρησιμοποιήθηκε ήταν 2Χ1 (δύο μετρήσεις, πριν και μετά την παρέμβαση Χ 1 ομάδα). Ο κύριος στόχος ήταν να εκτιμηθεί η αποτελεσματικότητα της παρέμβασης όσον αφορά την επίδρασή της στη γνώση των συμμετεχόντων στο θέμα των ατυχημάτων στην τρίτη ηλικία και πιο συγκεκριμένα γνώση σε πρακτικές πρόληψης που οι ίδιοι μπορούν να μεταφέρουν σε ομάδες ηλικιωμένων. Επίσης, η διαδικασία αξιολόγησης στόχευε στην εκτίμηση της ποιότητας και της χρησιμότητας του υλικού που δημιουργήθηκε στο πλαίσιο του προγράμματος. Τα ερωτηματολόγια ήταν ανώνυμα. Για το λόγο αυτό, ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες να δημιουργήσουν έναν προσωπικό κωδικό με βάση τον οποίο έγινε η αντιστοίχιση των δύο μετρήσεων (πριν και μετά) ανά άτομο.

Τα δύο ερωτηματολόγια τα οποία δημιουργήθηκαν για τις ανάγκες της αξιολόγησης περιελάμβαναν μια σειρά ερωτήσεων προκειμένου να εκτιμηθούν διαστάσεις όπως η πληρότητα της γνώσης των συμμετεχόντων όσον αφορά στο μέγεθος του προβλήματος των ακούσιων τραυματισμών ηλικιωμένων ατόμων, τη σοβαρότητα των τραυματισμών αυτών και τις συνέπειές τους, τα χαρακτηριστικά των ατυχημάτων, τους παράγοντες κινδύνου για πρόκληση ατυχημάτων και συνακόλουθων τραυματισμών καθώς και καλές και αποτελεσματικές πρακτικές για την πρόληψή τους. Πέραν αυτών, μια ομάδα ερωτήσεων στόχευε στην αξιολόγηση της χρησιμότητας της παρέμβασης, όπως την αντιλαμβάνονταν από την πλευρά τους οι συμμετέχοντες για (α) τον εαυτό τους, (β) γενικότερα για τους επαγγελματίες υγείας που εργάζονται με ηλικιωμένους αθλητές και (γ) για τους ίδιους τους ηλικιωμένους. Τέλος, μια ομάδα ερωτήσεων στόχευε στην αξιολόγηση της ποιότητας του υλικού. Οι απαντήσεις για μια ομάδα ερωτήσεων δόθηκαν βάσει μιας 6-βάθμιας κλίμακας ενώ άλλες ερωτήσεις ήταν πολλαπλών επιλογών με δυνατότητα επιλογής μίας ή περισσότερων απαντήσεων.

Μετά το πέρας της παρέμβασης ακουλούθησε μια διεξοδική συζήτηση με τους επαγγελματίες υγείας όπου ζητήθηκε η γνώμη τους αναφορικά με το κατά πόσο θεωρούν ότι οι ηλικιωμένοι είναι ενήμεροι για τους παράγοντες κινδύνου πρόκλησης ατυχημάτων και για πρακτικές πρόληψης. Τέλος, βασισμένοι στην καθημερινή εμπειρία των επαγγελματιών υγείας από την επαφή τους με τους ηλικιωμένους, τους ζητήθηκε να εκφράσουν τους παράγοντες που κατά την γνώμη τους θα μπορούσαν να διευκολύνουν ή να παρεμποδίζουν την υιοθέτηση μέτρων πρόληψης και ασφαλών συμπεριφορών. Τα αποτελέσματα των συζητήσεων αυτών κωδικοποιήθηκαν και αναλύθηκαν ποιοτικά ώστε να παρατεθούν οι βασικοί άξονες κ προτάσεις των επαγγελματιών υγείας.

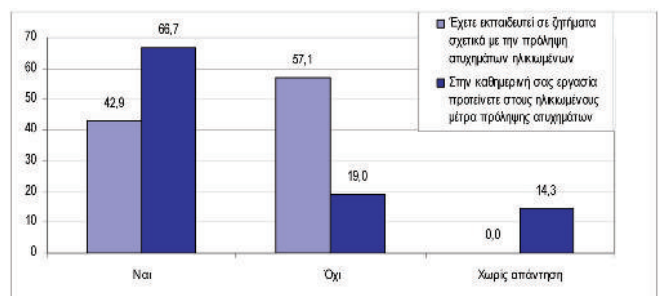
Αποτελέσματα

Ανάληψη ποσοτικών δεδομένων

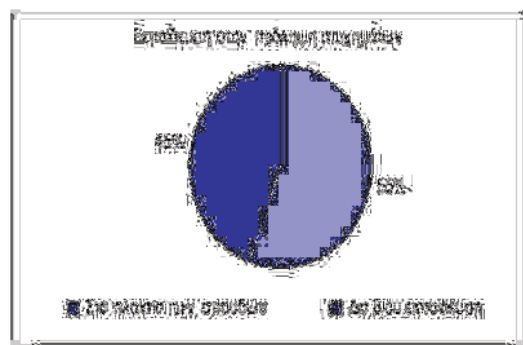
Όταν οι συμμετέχοντες ρωτήθηκαν εάν είχαν λάβει οποιαδήποτε κατάρτιση στο ζήτημα της πρόληψης ακούσιων τραυματισμών μεταξύ των ηλικιωμένων, θετικά απάντησαν λιγότεροι από τους μισούς (Διάγραμμα 1α). Από αυτούς, το 45% δήλωσε ότι αυτή η κα-

τάρτιση πραγματοποιήθηκε στο πλαίσιο των σπουδών τους, ενώ οι περισσότεροι (55%) ότι η κατάρτιση που ανέφεραν πραγματοποιήθηκε στο πλαίσιο δραστηριοτήτων συνεχούς εκπαίδευσης, όπως σεμινάρια και συμμετοχή σε σχετικά συνέδρια (Διάγραμμα 1β). Στην ερώτηση εάν οι ίδιοι προτείνουν σε ηλικιωμένους ανθρώπους να λάβουν μέτρα πρόληψης τραυματισμών στην καθημερινή τους ζωή, 2 στους 3 απάντησαν θετικά, 1 στους 5 αρνητικά και κάποιιοι δεν έδωσαν κάποια απάντηση.

Τα αποτελέσματα αυτά δείχνουν ότι υπάρχει ανάγκη ενσωμάτωσης μιας ενότητας σχετικής με την πρόληψη τραυματισμών στα προγράμματα σπουδών εκείνων των επαγγελματιών που η μελλοντική τους εργασία σχετίζεται με τη φροντίδα ηλικιωμένων ατόμων, όπως οι κοινωνικοί λειτουργοί και οι επισκέπτες υγείας. Όσον αφορά τους επαγγελματίες που εργάζονται ήδη με ηλικιωμένους, η ενεργός τους συμμετοχή σε δραστηριότητες συνεχούς εκπαίδευσης φαίνεται να είναι μια καλή λύση προκειμένου να είναι επαρκώς ενημερωμένοι σε ζητήματα πρόληψης. Η διαπίστωση ότι στην πλειοψηφία τους οι επαγγελματίες που συμμετείχαν στην παρέμβαση δήλωσαν ότι οι ίδιοι προτείνουν μέτρα πρόληψης τραυματισμών στους ηλικιωμένους, παρότι οι ίδιοι δεν έλαβαν σχετική εκπαίδευση, οδηγεί στο συμπέρασμα ότι οι συμβουλές τους βασίζονται κυρίως στην προσωπική τους εμπειρία. Σε μια τέτοια περίπτωση, ωστόσο, η αποτελεσματικότητα των προτεινόμενων μέτρων δεν μπορεί να είναι εγγυημένη.



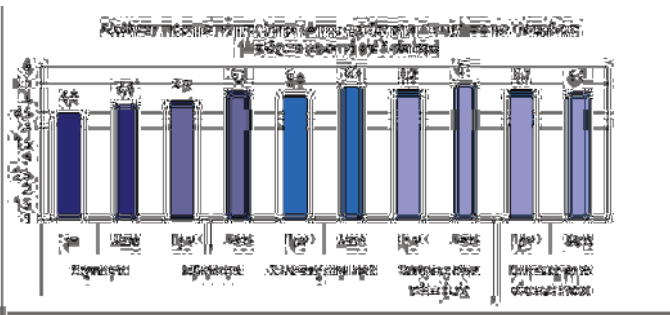
Διάγραμμα 1α. Εκπαίδευση στην πρόληψη τραυματισμών μεταξύ ηλικιωμένων και χρήση προληπτικών μέτρων



Διάγραμμα 1β. Τύπος εκπαίδευσης στην πρόληψη τραυματισμών μεταξύ ηλικιωμένων

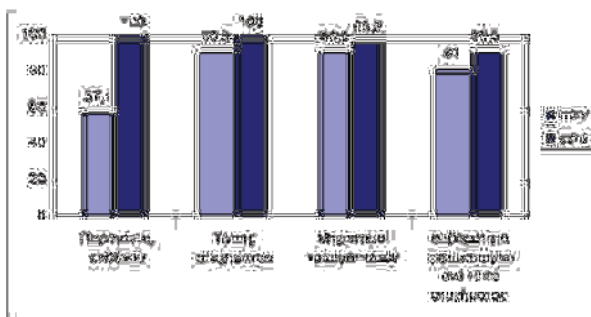
Η επόμενη ομάδα ερωτήσεων είχε ως στόχο να αξιολογήσει το βαθμό στον οποίο οι συμμετέχοντες ήταν ενήμεροι για τέσσερα συγκεκρι-

κριμένα χαρακτηριστικά των ατυχημάτων ηλικιωμένων ατόμων. Ζητήθηκε από τους επαγγελματίες υγείας να εκτιμήσουν τη συχνότητα των ατυχημάτων σε άτομα ηλικίας 65+, τη σοβαρότητα των συνακόλουθων τραυματισμών, τις συνέπειές τους στην υγεία και στην καθημερινή ζωή των ατόμων που υφίστανται τους τραυματισμούς καθώς και το κόστος για το σύστημα υγείας. Οι απαντήσεις δόθηκαν βάσει 6-βάθμιας κλίμακας (όπου 1=min και 6=max). Από την αρχική μέτρηση φάνηκε ότι οι επαγγελματίες που συμμετείχαν στην παρέμβαση ήταν αρκετά ευαισθητοποιημένοι στο ζήτημα των τραυματισμών μεταξύ των ηλικιωμένων, σημειώνοντας υψηλά αποτελέσματα προς την ορθή κατεύθυνση σε όλα τα προαναφερόμενα ζητήματα (Διάγραμμα 2). Μετά το τέλος της παρέμβασης, αφού οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν για το μέγεθος των ατυχημάτων σε εθνικό και Ευρωπαϊκό επίπεδο και τα υπόλοιπα χαρακτηριστικά αυτού του τύπου των τραυματισμών και κυρίως όσον αφορά τις πτώσεις, φάνηκε ότι οι απαντήσεις τους βελτιώθηκαν, καθώς τροποποιήθηκαν ελαφρώς προς την ορθή κατεύθυνση.



Διάγραμμα 2. Βαθμός ενημερότητας ως προς το μέγεθος του προβλήματος, τη σοβαρότητα και τις συνέπειες των τραυματισμών

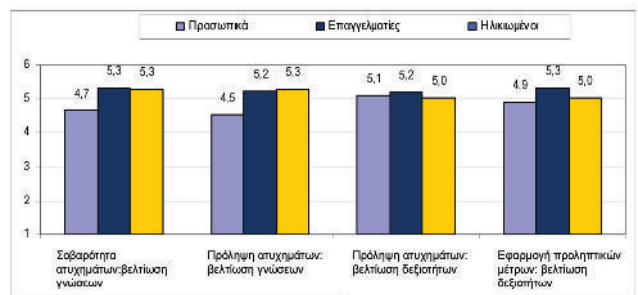
Ζητήθηκε επίσης από τους συμμετέχοντες να κάνουν μια αυτό-αξιολόγηση των γνώσεών τους όσον αφορά τους παράγοντες κινδύνου ατυχημάτων μεταξύ των ηλικιωμένων, τους χώρους στους οποίους συνήθως συμβαίνουν τα ατυχήματα αυτά, τους μηχανισμούς των τραυματισμών (όπως πτώσεις, τροχαία, εγκαύματα, δηλητηριάσεις, πνιγμοί) και τους τύπους ατυχημάτων που είναι πιο πιθανό να οδηγήσουν σε τραυματισμούς. Με μια εξαίρεση στους παράγοντες κινδύνου, όπου στην αρχική μέτρηση μόνο περίπου το 60% των συμμετεχόντων αξιολόγησαν θετικά τις γνώσεις τους, σε όλες τις άλλες περιπτώσεις οι συμμετέχοντες από την πρώτη κιόλας μέτρηση σημείωσαν υψηλές αξιολογήσεις. Μετά την παρακολούθηση της παρέμβασης, τα αντίστοιχα ποσοστά πληρότητας γνώσης βελτιώθηκαν αισθητά. (Διάγραμμα 3)



Διάγραμμα 3. Αυτό-αξιολόγηση της πληρότητας των γνώσεων για τέσσερα χαρακτηριστικά των ατυχημάτων και των συνακόλουθων τραυματισμών

Για την αξιολόγηση του υλικού, αρχικά ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες να εκτιμήσουν τη χρησιμότητά του για τον εαυτό τους και στη συνέχεια για τους επαγγελματίες υγείας γενικότερα αλλά και για τους ίδιους τους ηλικιωμένους. Συγκεκριμένα ζητήθηκε να εκτιμήσουν τη χρησιμότητα του υλικού ως προς τέσσερις διακριτές μεταξύ τους διαστάσεις: την αύξηση της γνώσης για το μέγεθος του προβλήματος, την αύξηση της γνώσης για τα μέτρα πρόληψης (κυρίως για τροποποιήσεις του οικιακού περιβάλλοντος), την ενίσχυση της δεξιότητας να εφαρμόζουν οι ίδιοι τα προτεινόμενα μέτρα πρόληψης και τέλος, για το αν είναι σε θέση να προτείνουν σε άλλους μέτρα πρόληψης τραυματισμών.

Παρότι οι χαμηλότερες αξιολογήσεις σημειώθηκαν στην ερώτηση που αφορούσε στη χρησιμότητα του υλικού στην αύξηση γνώσης για τους ίδιους, οι συμμετέχοντες δεν είχαν την ίδια άποψη για τους υπόλοιπους συναδέλφους τους, για τους οποίους πρότειναν ότι το υλικό είναι χρήσιμο προκειμένου να βελτιώσουν τόσο τις σχετικές γνώσεις τους, όσο και τις δεξιότητές τους. Επίσης, το υλικό αξιολογήθηκε ως χρήσιμο για τους συμμετέχοντες όσον αφορά τη βελτίωση των δεξιοτήτων, θεωρώντας ότι θα τους βοηθήσει στο πώς να προτείνουν μέτρα πρόληψης, αλλά ενδεχομένως και στο πώς μπορούν να τα εφαρμόσουν οι ίδιοι. Τέλος, αρκετά υψηλά αξιολογήθηκε η χρησιμότητα του υλικού για τους ίδιους τους ηλικιωμένους (ΜΟ 5.15). (Διάγραμμα 4)



Διάγραμμα 4. Αξιολόγηση της χρησιμότητας του υλικού

Μετά την παρουσίαση του υλικού που δημιουργήθηκε στο πλαίσιο του προγράμματος (στη δεύτερη μέτρηση), ζητήθηκε από τους επαγγελματίες υγείας που συμμετείχαν στην παρέμβαση να αξιολογήσουν την ποιότητα του υλικού αυτού βάσει 6-βάθμιας κλίμακας (όπου 1=καθόλου ικανοποιημένος και 6=πλήρως ικανοποιημένος από την ποιότητα του υλικού). Στο διάγραμμα 5 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα αυτής της αξιολόγησης. Ο γενικός μέσος όρος που προέκυψε από το σύνολο των συμμετεχόντων για το σύνολο των επιμέρους υλικών του πακέτου ήταν 5,3/6. Οι μέσοι όροι για τον Οδηγό, το πληροφοριακό φυλλάδιο και την παρουσίαση που χρησιμοποιήθηκε στην παρέμβαση ήταν αντίστοιχα 5,4, 5,4 και 5,3. Όσον αφορά το περιεχόμενο του Οδηγού, οι συμμετέχοντες θεώρησαν ότι θα ήταν χρήσιμο να προστεθεί μια ενότητα στην οποία να αναφέρεται ενδεικτικά το κόστος καθεμίας από τις προτεινόμενες παρεμβάσεις και τροποποιήσεις του οικιακού περιβάλλοντος καθώς και για τα αντίστοιχα υλικά.

Το χαμηλότερο σκορ [4,9] δόθηκε από τους συμμετέχοντες στην τριτοδιάστατη απεικόνιση του εσωτερικού του πρότυπου ασφαλιούς

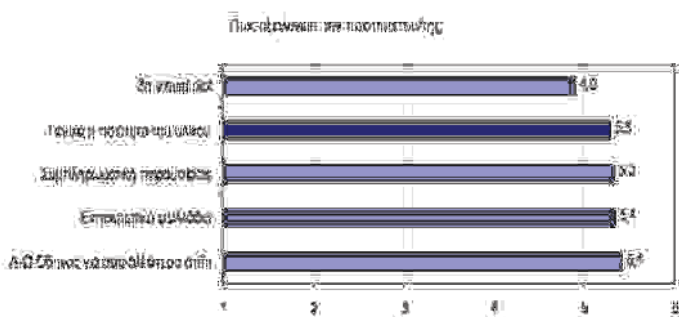
σπιτιού. Στη συζήτηση που ακολούθησε την παρουσίαση των υλικών, όσον αφορά το συγκεκριμένο μέρος του υλικού οι συμμετέχοντες εξέφρασαν την άποψη ότι αν και το θεωρούν πλήρως επαρκές όσον αφορά το σχεδιασμό και την τεχνολογία, το περιεχόμενό του, και ιδιαίτερα το τελευταίο μέρος όπου παρουσιάζονται σχεδιαστικές λύσεις για άτομα με σοβαρά κινητικά προβλήματα δεν φαίνεται να αφορά την ομάδα στόχο με την οποία οι ίδιοι εργάζονται, δηλαδή τα ηλικιωμένα άτομα που ζουν ανεξάρτητα στο δικό τους χώρο. Για τις συγκεκριμένες σχεδιαστικές λύσεις και τροποποιήσεις προτάθηκε να συμπεριληφθούν σε άλλο, ξεχωριστό υλικό, το οποίο να απευθύνεται κυρίως σε άτομα με ιδιαίτερες κινητικές δυσκολίες ή σε υπεύθυνους λειτουργίας οίκων ευγηρίας που φιλοξενούν ηλικιωμένους με σοβαρά κινητικά προβλήματα. Ως προς το πρώτο μέρος του συγκεκριμένου υλικού, όλοι οι συμμετέχοντες συμφώνησαν ότι θα μπορούσαν να το χρησιμοποιήσουν στις δομές που εργάζονται (ΚΑΠΗ, Λέσχες Φιλίας) κατά την εφαρμογή εκδηλώσεων αναφορικά με την πρόληψη ατυχημάτων.

Ποιοτική ανάλυση δεδομένων από ομάδες συζήτησης

Στη συζήτηση μετά την παρέμβαση, ζητήθηκε η γνώμη των συμμετεχόντων – με βάση την καθημερινή τους εμπειρία από την επαφή τους με τους ηλικιωμένους- αναφορικά με το κατά πόσο οι ίδιοι οι ηλικιωμένοι είναι ενήμεροι για τους παράγοντες κινδύνου πρόκλησης ατυχημάτων, για πρακτικές πρόληψης, και κυρίως για τους παράγοντες που διευκολύνουν ή παρεμποδίζουν την υιοθέτηση μέτρων πρόληψης και ασφαλών συμπεριφορών. Σύμφωνα με τις απαντήσεις που δόθηκαν, τα άτομα 65 χρόνων και άνω δεν είναι επαρκώς ενήμερα για το πρόβλημα των ακούσιων τραυματισμών και σε πολλές περιπτώσεις αρνούνται να υιοθετήσουν προληπτικά μέτρα και ασφαλείς συμπεριφορές. Επίσης, οι ηλικιωμένοι δεν είναι επαρκώς ενήμεροι ούτε για το μέγεθος του προβλήματος των τραυματισμών στο οικιακό περιβάλλον ούτε για συγκεκριμένους παράγοντες κινδύνου πρόκλησης ατυχήματος, τόσο ώστε να είναι σε θέση να τους αποφύγουν.

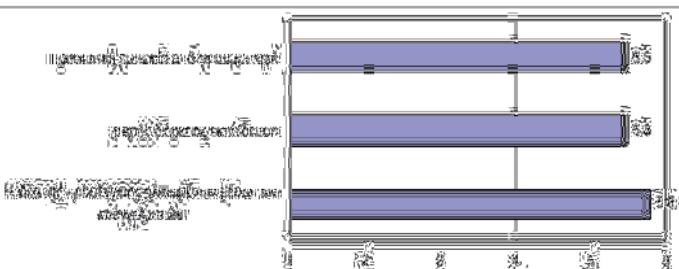
Συγκεκριμένα όσον αφορά τις πρακτικές πρόληψης ατυχημάτων, φαίνεται ότι κατά τους επαγγελματίες υγείας οι ηλικιωμένοι συνήθως κρατούν μια ουδέτερη ή/και αρνητική στάση. Οι κύριοι ανασταλτικοί παράγοντες καθώς και οι παράγοντες που διευκολύνουν την λήψη προληπτικών μέτρων συζητήθηκαν αρκετά διεξοδικά. Και στις δύο περιπτώσεις, οι παράγοντες που προτάθηκαν μπορούν να διακριθούν σε δύο κύριες κατηγορίες: σ' αυτούς που σχετίζονται με το άτομο και τις στάσεις του απέναντι στο ζήτημα των ατυχημάτων και σε εξωτερικούς παράγοντες που σχετίζονται με τον τρόπο που γίνεται η προσέγγιση των ηλικιωμένων προκειμένου οι τελευταίοι να πεισθούν για την αποτελεσματικότητα και την αναγκαιότητα λήψης μέτρων πρόληψης τραυματισμών.

Οι επαγγελματίες υγείας θεωρούν ότι αν και οι ηλικιωμένοι γνωρίζουν κάποιες τουλάχιστον πρακτικές πρόληψης ατυχημάτων, είτε επιλέγουν να μην τις εφαρμόζουν ή, στην καλύτερη περίπτωση τις εφαρμόζουν μερικώς. Το πιο κοινό επιχείρημα που επικαλούνται για να δικαιολογήσουν τη στάση τους αυτή είναι ότι τα μέτρα πρόληψης τους «περιορίζουν», και αναφέρονται συνήθως στην κινητικότητα τους και στις κοινωνικές τους δραστηριότητες. Πράγματι, συχνά τα άτομα της τρίτης ηλικίας φαίνεται ότι ανησυχούν για την εικόνα του εαυτού τους προς τους έξω και δεν επιθυμούν η εικόνα αυτή να μαρτυρά ούτε αδυναμία αλλά ούτε ότι είναι σε μεγαλύτερο ή μικρότερο βαθμό εξαρτημένοι. Οι συμμετέχοντες στην παρέμβαση παρατήρησαν επίσης ότι σε πολλές περιπτώσεις οι ηλικιωμένοι αρνούνται να συμμετέχουν σε διαδικασίες ενημέρωσης όσον αφορά γενικότερα την πρόληψη επειδή ακριβώς θεωρούν ότι είναι κάτι πέραν των ενδιαφερόντων τους. Παρατήρησαν επιπλέον ότι κυρίως οι νεότεροι ηλικιωμένοι αρνούνται να χρησιμοποιήσουν βοηθήματα όπως προστασία των ισχίων ή βοηθήματα βάδισης (όπως, για παράδειγμα το «Π»), ακόμα και στις περιπτώσεις που αυτά συνταγογραφούνται από τους γιατρούς τους για το λόγο ότι δεν είναι έτοιμοι να δεχτούν ότι είναι εξαρτημένοι από αυτά τα αντικείμενα-βοηθήματα. Από την άλλη πλευρά, τα άτομα της τρίτης ηλικίας επιθυμούν να αισθάνονται ενεργητικά και δραστήρια, διατηρώντας ακριβώς τους ρόλους που είχαν όταν ήταν νεαρότεροι. Σε αυτό το πλαίσιο, πολλοί ηλικιωμένοι υποστηρίζουν ότι η φυσική τους κατάσταση είναι πολύ καλύτερη από ότι των περισσότερων συνομηλίκων τους, ότι οι ίδιοι δεν διατρέχουν κίνδυνο ατυχήματος επειδή είναι αρκετά προσεκτικοί και άρα δεν ανησυχούν για τραυματισμούς, ενώ χαρακτηρίζουν τα περισσότερα από τα μέτρα πρόληψης που τους προτείνονται ως «άχρηστους μοντερνισμούς». Συχνά επικαλούνται ότι οι δικοί τους παππούδες και γιαγιάδες ήταν δραστήριοι σε αρκετά προχωρημένες ηλικίες, χωρίς ποτέ να έχουν την ανάγκη να λάβουν τέτοιου τύπου μέτρα πρόληψης, θεωρώντας ότι τα άτομα αυτής της ηλικιακής ομάδας δεν είναι τόσο «ευαίσθητα». Τέλος, αν και οι ίδιοι ανα-



Διάγραμμα 5. Αξιολόγηση της ποιότητας του υλικού

Στο σύνολό της η παρέμβαση αξιολογήθηκε θετικά από τους επαγγελματίες υγείας που συμμετείχαν και στις δύο ομάδες (μέσος όρος 5.3/6). Η προσέγγιση και η πληροφόρηση των ηλικιωμένων ατόμων που ζουν ανεξάρτητα στην κοινότητα μέσα από τους επαγγελματίες που εργάζονται με αυτή την ομάδα του πληθυσμού αξιολογήθηκε υψηλότερα από όλες τις διαστάσεις της παρέμβασης (5.8). Από αυτό φαίνεται ότι οι επαγγελματίες αυτοί πιστεύουν ότι οι ίδιοι μπορούν να δράσουν ως διάμεσοι στις προσπάθειες πρόληψης ακούσιων τραυματισμών μεταξύ ηλικιωμένων ατόμων, δεδομένου ότι οι ίδιοι θα είναι εφοδιασμένοι με την απαιτούμενη γνώση και τα να ανάλογα εργαλεία. Ο βαθμός αποδοχής της παρέμβασης στο σύνολό της από τους συμμετέχοντες ήταν επίσης πολύ ικανοποιητικός, αφού οι εργαζόμενοι φάνηκε να είναι ιδιαίτερα δεκτικοί σε βραχείες παρεμβάσεις στο πλαίσιο διαρκούς εκπαίδευσης (Διάγραμμα 6).



Διάγραμμα 6: Αξιολόγηση της διαδικασίας

γνωρίζουν κάποιους παράγοντες κινδύνου πρόκλησης ατυχήματος μέσα στο οικιακό περιβάλλον, δεν είναι πρόθυμοι να προχωρήσουν σε οποιαδήποτε τροποποιήσεις και προτιμούν να διατηρήσουν τους χώρους όπως ακριβώς ήταν πάντα, προκειμένου να μην χρειαστεί να αλλάξουν τις συνήθειές τους. Το «κατοχικό σύνδρομο» τέλος αναφέρθηκε ως ένας παράγοντας που παρεμποδίζει την εφαρμογή καλών πρακτικών πρόληψης τραυματισμών, καθώς η άρνηση πολλών ηλικιωμένων να «αποχωριστούν» οποιοδήποτε παλιό/μη χρηστικό αντικείμενο (έπιπλα κλπ.), δημιουργεί ένα κατώδες οικιακό περιβάλλον με αρκετούς κινδύνους πρόκλησης τραυματισμών για παράδειγμα λόγω πτώσεων.

Παράγοντες που διευκολύνουν την εφαρμογή μέτρων πρόληψης και την υιοθέτηση καλών πρακτικών σχετίζονται κυρίως με τα χαρακτηριστικά των ατόμων, τον τύπο της παρέμβασης και την καταλληλότητα της πληροφορίας που τους παρέχεται. Όταν, για παράδειγμα, η παρέμβαση απευθύνεται σε νεότερους ηλικιωμένους (65-79 ετών), φαίνεται ότι η πληροφορία που διατυπώνεται με την μορφή «νουθεσίας» ή που θεωρεί τον τελικό αποδέκτη ως «παθητικό δέκτη» του μηνύματος, δεν πείθει τον πληθυσμό στόχο. Από την άλλη πλευρά, φαίνεται ότι η διαδικασία ενημέρωσης είναι περισσότερο αποτελεσματική όταν σ' αυτή συμμετέχουν άτομα που έχουν την εμπιστοσύνη των ηλικιωμένων, όπως οι επαγγελματίες υγείας με τους οποίους έρχονται σε επαφή ή άλλοι ηλικιωμένοι (επίδραση της «παρέας»).

Συμπεράσματα

Αν και οι επαγγελματίες υγείας που συμμετείχαν στην παρέμβαση φαίνεται να είναι ευαισθητοποιημένοι σε ζητήματα σχετικά με το πρόβλημα των ακούσιων τραυματισμών ατόμων 65+, δεν είναι ωστόσο πλήρως ενήμεροι ούτε όσον αφορά τα μέτρα πρόληψης ατυχημάτων αλλά ούτε και ως προς τον τρόπο που θα μπορούσαν να προτείνουν στους ηλικιωμένους να υιοθετήσουν τα μέτρα αυτά στην καθημερινή τους ζωή. Ένας λόγος γι' αυτό είναι ενδεχομένως η έλλειψη σχετικής ενότητας στα προγράμματα σπουδών των διαφόρων ειδικοτήτων επαγγελματιών υγείας, των οποίων οι απόφοιτοι μπορεί να εργαστούν με άτομα της συγκεκριμένης ηλικιακής ομάδας. Όσον αφορά τους επαγγελματίες που είναι ήδη ενήμεροι, αυτό είναι ένα προσωπικό επίτευγμα που οφείλεται κυρίως στο προσωπικό τους ενδιαφέρον να αποκτήσουν γνώση στο θέμα της πρόληψης των ατυχημάτων.

Αναφορικά με την εκτίμηση της χρησιμότητας της παρέμβασης, οι συμμετέχοντες αξιολόγησαν ότι αυτή θα ήταν ιδιαίτερα χρήσιμη για τους επαγγελματίες υγείας που εργάζονται με τη συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα τόσο για να βελτιώσουν τις γνώσεις τους αναφορικά με πρακτικές πρόληψης των ατυχημάτων και των συνακόλουθων τραυματισμών όσο και τις δεξιότητές τους στην εφαρμογή αυτών των πρακτικών. Οι συμμετέχοντες επίσης αξιολόγησαν ότι το υλικό που παρουσιάστηκε θα μπορούσε να βοηθήσει τους ίδιους τους ηλικιωμένους να βελτιώσουν τη γνώση τους αναφορικά με τους παράγοντες κινδύνου πρόκλησης ατυχημάτων εντός του οικιακού περιβάλλοντος αλλά και όσον αφορά απλές αλλά αποτελεσματικές πρακτικές που οι ίδιοι μπορούν να εφαρμόσουν προκειμένου να αποφύγουν τους κινδύνους αυτούς και να παραμείνουν ασφαλείς. Πέραν της χρησιμότητάς του, το υλικό αξιολογήθηκε ικανοποιητικά από τους συμμετέχοντες και ως προς την ποιότητά του.

Η συμμετοχή σε βραχείες παρεμβάσεις εκπαιδευτικές ή παρόμοιου χαρακτήρα, όπως η συγκεκριμένη που εφαρμόστηκε δοκιμαστικά στο πλαίσιο του προγράμματος «Ασφαλές Σπίτι», φαίνεται να είναι αρκετά αποτελεσματική προκειμένου οι επαγγελματίες να ευαισθητοποιηθούν στο θέμα, αλλά και να βελτιώσουν τις γνώσεις τους όσον αφορά καλές πρακτικές πρόληψης.

Τα κύρια σημεία αυτής της φάσης της δοκιμαστικής εφαρμογής

του προγράμματος μπορούν να συνοψιστούν στα ακόλουθα:

- Οι επαγγελματίες υγείας που συμμετείχαν στην παρέμβαση αξιολόγησαν το πακέτο του ενημερωτικού υλικού που δημιουργήθηκε στο πλαίσιο του προγράμματος «Ασφαλές Σπίτι» ικανοποιητικό ως προς τα ποιοτικά χαρακτηριστικά του αλλά και χρήσιμο για τους ίδιους, τους συναδέλφους τους γενικότερα καθώς και για τους ηλικιωμένους.
- Οι ευαισθητοποιημένοι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται με άτομα της τρίτης ηλικίας εξέφρασαν ανοιχτά την δεκτικότητα τους σε βραχείες εκπαιδευσεις στο θέμα της πρόληψης ατυχημάτων και τραυματισμών
- Οι επαγγελματίες υγείας που συμμετείχαν στην παρέμβαση θεώρησαν ότι εάν οι ηλικιωμένοι που ζουν ανεξάρτητοι στην κοινότητα συμμετέχουν και οι ίδιοι σε μια παρόμοια παρέμβαση, σίγουρα θα ωφεληθούν από αυτή

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. European Network for Safety among Elderly (EUNESE). Elderly Safety-Focus on Accidental Injuries (Fact Sheet Series), Athens, 2007
2. European Network for Safety among Elderly (EUNESE) Partners. Five-Year Strategic Plan for the Prevention of Unintentional Injuries among EU Senior Citizens, Athens, 2006
3. Lund J and the EUNESE WG4 members: Priorities for Elderly Safety in Europe-Agenda for Action, Athens, 2006
4. Injury Statistics Portal: Mortality data. Source: WHO data edited by CEREPRI www.euroipn.org/stats_portal/
5. Sethi D, et al Injuries and violence in Europe. Why they matter and what can be done. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006
6. Fact sheet EURO/02/06 Copenhagen, Rome, Vienna 26 June 2006 Matching the lowest injury mortality rate could save half a million lives per year in Europe (Racciopi F, Sethi D, Baumgarten I)
7. Polinder S, Meerding WJ, van Baar ME. et al Cost estimation of injury-related hospital admissions in 10 European countries. J Trauma 2005; 59:1283-1291
8. Petridou E, Kylliekidis S, Jeffrey S. et al Unintentional injury mortality in the European Union: How many more lives could be saved? Scand J Public Health. In press
9. Petridou E, Dikaloti S, Dessypris N. et al The Evolution of Unintentional Injury Mortality among Elderly in Europe. Journal of Aging and Health. In press
10. Tinetti ME. Clinical practice. Preventing falls in elderly persons. New England journal of medicine, 2003, 348:42-49
11. Lord SR, McLean D, Strathers G. Physiological factors associated with injurious falls in older people living in the community. Gerontology, 1992, 38:338-346
12. Injury Statistics Portal: Proportional Indicators: Analysis of morbidity data from Austria, Denmark, France, and Greece for the five leading causes of unintentional injury death among elderly: Fall related injuries, Source: IDB data edited by CEREPRI
13. Freeman C, Todd C, Camilleri-Ferrante C. et al Quality improvement for people with hip fracture: experience from a multi-site audit. Quality & safety in health care, 2002, 11:239-45
14. Fall Prevention Center of Excellence. Partnerships for Aging in Place. StopFalls, 2005, 1:1
15. How to Care Inc. Home Modification/Home Safety. 2000. www.howtocare.com/home
16. Bakker, R. ElderDesign: Home modifications for enhanced safety and self-care. Care Management Journals, 1999, 1, 47-54
17. Josephson, K. B., Fabacher, D. A., & Rubenstein, L. Z. Home safety and fall prevention. Geriatric Home Care, 1991, 7, 707-731
18. Yardley L, Donovan-Hall M, Francis K, Todd C. Attitudes and beliefs that predict older people's intention to undertake strength and balance training. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 2007;62, 119-25
19. Yuen HK, Carter RE. A Predictive Model for the Intention to Implement Home Modifications: A Pilot Study. JAG 2006, 25, 3

Παράρτημα 1: Το μέγεθος του προβλήματος των ακούσιων τραυματισμών στην ηλικιακή ομάδα 65+ στην Ελλάδα

Το Κέντρο Έρευνας και Πρόληψης Ατυχημάτων (ΚΕΠΑ) του Εργαστηρίου Υγιεινής και Επιδημιολογίας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών διεξήγαγε στατιστική μελέτη των τραυματισμών μεταξύ των ατόμων ηλικίας 65+ για τις πέντε κύριες αιτίες (μηχανισμούς) τραυματισμού των ηλικιωμένων: τις πτώσεις, τα τροχαία ατυχήματα, τους τραυματισμούς από φωτιά, τις ακούσιες δηλητηριάσεις και τους πνιγμούς. Η επιλογή αυτών των μηχανισμών έγινε βάσει των αποτελεσμάτων ανάληψης των δεδομένων θνησιμότητας των τριών τελευταίων ετών όλων των Ευρωπαϊκών χωρών (εξαιρουμένων των χωρών με πληθυσμό < 1,000,000).

Τα δεδομένα προέρχονται από το Σύστημα Καταγραφής Ατυχημάτων στα

Εξωτερικά Ιατρεία (ΣΚΑΕΙ), πρωτοβουλία που σχεδιάστηκε και υλοποιήθηκε από το ΚΕΠΑ. Η συλλογή έγινε μέσω συνεντεύξεων σε δίκτυο τριών Νοσοκομείων της χώρας (Π.Γ.Ν. Ασκληπιείο Βούλας που καλύπτει το 2,2% των συνολικών επισκέψεων ηλικιωμένων ατόμων στα Εξωτερικά Ιατρεία των Νοσοκομείων της ευρύτερης περιοχής των Αθηνών, και στα Γ.Ν. Βόλου και Γ.Ν. Κέρκυρας που καλύπτουν το 2,2% των συνολικών επισκέψεων ηλικιωμένων σε Εξωτερικά Ιατρεία (ΕΙ) σ' όλη τη χώρα, εκτός της ευρύτερης περιοχής των Αθηνών).

Κύρια χαρακτηριστικά των ακούσιων τραυματισμών-Μηχανισμοί τραύματος
Ο συνολικός αριθμός ακούσιων τραυματισμών που συνέβησαν στο σπίτι και στον ελεύθερο χρόνο σε άτομα ηλικίας 65+ και που καταγράφηκαν στα ΕΙ των 3 Νοσοκομείων κατά το διάστημα 1996-2003 ήταν 37.224. Στο ίδιο διάστημα καταγράφηκαν 3.357 τραυματισμοί από τροχαία ατυχήματα σε άτομα της ίδιας ηλικιακής ομάδας.

Οι τραυματισμοί που προκλήθηκαν από πτώσεις στο σπίτι και στον ελεύθερο χρόνο ήταν οι πιο συχνοί. Κατά την περίοδο 1996-2003 καταγράφηκαν από το ΣΚΑΕΙ 30.694 περιστατικά πτώσεων, οι οποίες αποτελούν το 75,6% του συνόλου των τραυματισμών για το ίδιο διάστημα συμπεριλαμβανομένων των τροχαίων, και το 82,5% των τραυματισμών που συνέβησαν στο σπίτι και στον ελεύθερο χρόνο. Ποσοστό 0,9% οφείλεται σε φωτιά, 0,1 σε πνιγμούς/παρ'όλιγον πνιγμούς και 0,06 σε δηλητηριάσεις.

Χαρακτηριστικά των τραυματισμών που προκλήθηκαν από πτώσεις
Το 72% των τραυματισμών από πτώσεις αφορούσαν γυναίκες ηλικίας 65+. Το 32% αυτών των τραυματισμών συνέβησαν σε γυναίκες άνω των 80 ετών. Όσον αφορά την ηλικία, παρατηρήθηκε ότι το ποσοστό των ατόμων που τραυματίστηκαν από πτώσεις που προκλήθηκαν από παραπάτημα ήταν μεγαλύτερο για τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό τραυματισμών που προκλήθηκαν από ολίσθημα ήταν μεγαλύτερο για τα άτομα μικρότερης ηλικίας. Οι πτώσεις από κρεβάτι ή καρέκλα ήταν πιο συχνές για την ηλικιακή ομάδα 85+ (13% και 6% αντίστοιχα), ενώ το αντίθετο παρατηρήθηκε για τις πτώσεις από σκάλες ή άλλα ψηλά σημεία, οι οποίες ήταν συχνότερες στην ηλικιακή ομάδα των 65-74 ετών. Αυτό πιθανόν οφείλεται στο γεγονός ότι η κινητικότητα του ατόμου περιορίζεται καθώς αυξάνει η ηλικία του.

Οι περισσότερες από τις πτώσεις (70%) συνέβησαν στο ίδιο επίπεδο και οφείλονταν κυρίως σε παραπάτημα (37%) ή ολίσθημα (27%). Οι πτώσεις από ψηλότερο σημείο σε ένα χαμηλότερο ήταν περίπου το 26% επί του συνόλου των πτώσεων και πιο συγκεκριμένα, το 5% και το 4% των τραυματισμών οφείλονταν σε πτώσεις από κρεβάτι και καρέκλα αντίστοιχα. Οι πτώσεις από σκάλες ευθύνονταν για το 14% του συνόλου των τραυματισμών από πτώση, ενώ το 3% των τραυματισμών οφείλονταν σε πτώσεις από άλλα σημεία.

Το εσωτερικό του σπιτιού είναι ο χώρος όπου συνέβησαν οι περισσότερες καταγεγραμμένες πτώσεις (40%) μεταξύ των ηλικιωμένων. Πιο συγκεκριμένα, στο υπνοδωμάτιο έλαβε χώρα το 12% των εντός του σπιτιού πτώσεων (ποσοστό το οποίο ανέρχεται σε 26% για την ηλικιακή ομάδα 85+), στην κουζίνα το 7% και στο μπάνιο το 5%. Οι τραυματισμοί από πτώσεις γύρω από το σπίτι ήταν το 25% του συνόλου των πτώσεων.

Ένας στους πέντε τραυματισμούς ηλικιωμένων από πτώση συνέβη στο δρόμο, κατά το βόδισμα, ενώ 3% περίπου των περιστατικών έλαβαν χώρα σε οίκους ευγηρίας, 3% σε δημόσιους χώρους και 3% σε αγρούς (αφορούσαν κυρίως άνδρες ηλικίας 65-74). Το ποσοστό των πτώσεων λόγω ολισθημάτων ήταν υψηλότερο μέσα στο σπίτι και πιο συγκεκριμένα στο μπάνιο (64%), ενώ οι πτώσεις λόγω παραπατήματος συνέβησαν κυρίως στο δρόμο, κατά τη βόδιση (54%).

Συνέπειες-Τύποι Τραυμάτων

Στα μισά περίπου από τα περιστατικά που καταγράφηκαν στα ΕΙ οι τραυματισμοί ήταν κατάγματα (47%), τα οποία ήταν πιο συχνά στις γυναίκες (11.237 περιστατικά) σε σύγκριση με τους άνδρες (3.291 περιστατικά). Όσον αφορά το μέρος του σώματος που υπέστη το τραύμα, το 39% των καταγμάτων εντοπίστηκαν στα ισχία και στα μηριαία οστά (για την ηλικιακή ομάδα 80+ το ποσοστό αυτό αποτέλεσε το 67% του συνόλου των καταγμάτων). Άλλο ένα 40% των καταγμάτων εντοπίστηκαν στα χέρια (κυρίως στους πήχεις) και αυτό ήταν ακόμη πιο συχνό για την ηλικιακή ομάδα 65-74 ετών).

Πέραν των καταγμάτων, 30% των τραυματισμών ήταν μώλωπες/κακώσεις, εκδορές, 9% ανοιχτά τραύματα, 7% εξαρθρώσεις και διαστρέμματα και 6% διασεισεις.

Είναι αξιοσημείωτο ότι από τα περιστατικά που έφτασαν στα ΕΙ, ελάχιστα ήταν εκείνα (<1%) στα οποία δεν υπήρξε τραυματισμός.